

· 病案报道 ·

低位气管切开 CO₂ 激光手术
治疗气管腺样囊性癌 1 例

孙 贺,朱 旭,李晓楠

(鞍山市中心医院 耳鼻咽喉科,辽宁 鞍山 114002)

中图分类号: R734.1 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2011)03-0232-02

患者,男,64 岁。因咳嗽 20 年,呼吸困难 2 个月于 2010 年 11 月 10 日入院。专科检查:纤维喉镜检查喉部未见异常,气管内可见不光滑肿块,阻塞气管大部(图 1)。胸部 CT 示气管肿物,阻塞气管 3~4 环,约占气管 4/5(图 2)。入院后完善术前检查,局麻下气管切开,插入麻醉插管,全麻手术下在气管第 2、3 环间,U 型切

开 3、4 环,暴露肿物,见肿物根蒂部位于气管左侧壁,CO₂ 激光(参数 SP,10 W,Cont)下彻底切除肿物。术中冰冻切片:腺样囊性癌。拔出麻醉插管,重新在 3~4 环间插入气管插管。缝合切口,放置引流管。术后病理:(气管)腺样囊性癌(图 3)。术后抗炎对症治疗追加放疗患者恢复良好(图 4)。现在随访中。

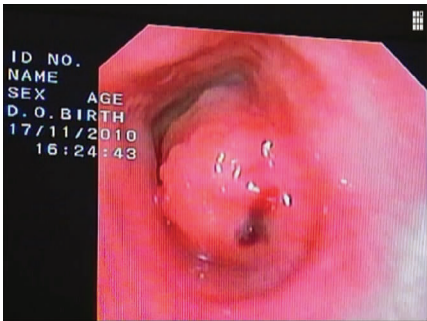


图 1 气管内可见不光滑肿块



图 2 CT 示肿块阻塞 4/5 气管

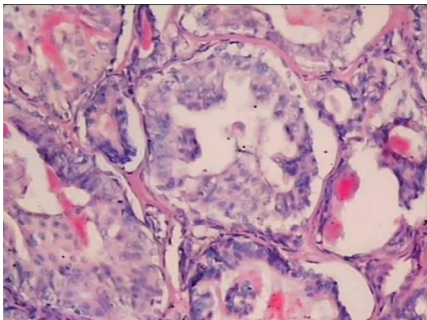


图 3 病理腺样囊性癌(HE 染色,×200)

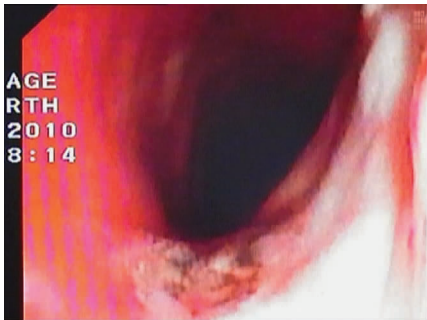


图 4 术后恢复情况

作者简介:孙 贺,男,主治医师。
通讯作者:孙 贺,Email:sunhe19771013@163.com.

讨论:腺样囊性癌主要发生在涎腺,少见于乳腺、皮肤、宫颈、上呼吸道及肺部,腺样囊性癌由于其恶性程度较低,而且进展缓慢,本例尚无淋巴结及远处转移。

本例手术优点在于采用上纵膈内气管切开,解决麻醉插管问题,充分暴露气管内

肿块,有利于肿物的彻底切除,术中采用 CO₂ 激光,术中无出血,肿物切除彻底。本例手术采用微创的概念及方法,避免开胸手术,术后恢复快,术后无并发症。

(修回日期:2011-05-01)

· 病案报道 ·

PET-CT 误诊鼻咽癌 1 例报道

刘永珍,章 华

(中南大学湘雅医院 耳鼻喉科,湖南 长沙 410008)

中图分类号:R739.63

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2011)03-0233-02

1 病例资料

患者,女,34 岁,因双耳听力下降,耳闷胀感 1 个月,于 2009 年 12 月就诊。体查:双耳鼓膜内陷,有积液征。鼻咽部检查鼻咽顶壁可见淡红色新生物,表面不光滑。颈部未扪及肿大的淋巴结。辅助检查:电测听示双耳传导性耳聋;声导抗示双耳“B”型曲线;鼻咽部 CT 显示鼻咽顶后壁及双侧壁增厚(图 1);EB 病毒 VCA-IgA 检查阴性。疾病诊断:鼻咽部占位性病变(鼻咽癌?)、分泌性中耳炎。患者先后进行 2 次鼻咽部活检病理报告为慢性炎症、淋巴组织增生。患者行头颈部 PET-CT 检查报告:鼻咽顶后壁及两侧壁软组织增厚,双侧咽旁间隙变窄,PET-CT 于相应部位见异常放射性浓聚影,最大 SUV7.9(图 2),考虑鼻咽癌可能性大。患者遂再行 2 次活检,病理报告仍为慢性炎症,淋巴组织增生,未见肿瘤证据。后患者予莫米松喷鼻剂喷鼻、标准桃金娘油口服,1 个月后耳部症状消失。该患者密切随访 1 年,鼻咽部检查见鼻咽部淋巴组织较

前明显缩小,患者无特殊不适。

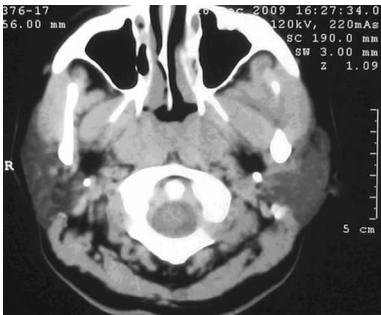


图 1 CT 平扫轴位显示鼻咽顶后壁及双侧壁软组织增厚

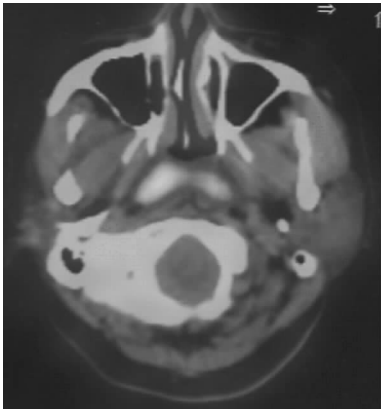


图 2 鼻咽部顶后壁及侧壁可见放射性异常浓聚信号,SUV 值为 7.9

作者简介:刘永珍,女,技师。
通讯作者:章 华,Email:entxy@126.com.

2 讨论

近年来随着医学影像学技术的发展，PET-CT 在临床的应用逐渐广泛。与其他影像学方法比较，PET-CT 检查对肿瘤的诊断与鉴别诊断具有独特的优势，研究报道^[1] PET-CT 对鼻咽癌的检出灵敏度高达 96.0%，特异性为 85.7%。但是随着该技术在临床上的推广应用，近年来已经有一些关于 PET-CT 的误诊鼻咽癌的报道^[2]，某些非肿瘤病变行 PET-CT 检查也出现了¹⁸F-脱氧葡萄糖(¹⁸F-FDG)摄取增高现象(SUV 值 > 2.5)，干扰临床诊断，甚至出现误诊。本例慢性鼻咽炎患者 PET/CT 发现鼻咽有核浓聚，且呈“八”字形分布。这种形态与常规的鼻咽癌 PET 图像不同。罗耀武等^[3]对鼻咽癌患者的¹⁸F-FDG PET-CT 图像进行总结分析，发现鼻咽癌 PET-CT 显像具有较明显的特征，可表现为结节状、团块状或厚片状高代谢病灶。而慢性鼻咽炎常表现为鼻咽部淋巴组织组织的弥漫性增生，常累及鼻咽的侧壁和顶壁，从而在 PET-CT 图像上出现了特征性的“八”字形对称分布图像。陈翼等^[2]的研究也发现部分鼻咽炎的 PET-CT 图像也具有该特征。这一特点可能有助于临床慢性鼻咽炎的诊断和鉴别诊断。PET-CT 判定病变是良性还是恶性，其中很重要的一个参考就是标准摄取值(SUV)，它是按千克体重校正注入示踪剂量后局部组织的

示踪剂摄取比值，所以也称为剂量摄取比或剂量吸收比。一般设定 SUV 平均值 2.5 作为良恶性病变的诊断阈值，> 2.5 提示恶性可能，< 2.5 则提示良性可能。本患者 SUV 高达 7.9，显著高于诊断阈值，从而导致笔者在诊断时高度怀疑鼻咽癌。已有文献报道¹⁸F-FDG 的非肿瘤性摄取有时也可以达到很高的浓聚程度，SUV 的高低不是绝对的，其作为半定量指标用于鉴别良恶性病变存在一定局限性^[4]。因此在诊断中要注意，不能片面根据 SUV 判断肿块的性质。总之 PET-CT 在鼻咽癌的诊断中发挥了重要的作用，但是，不能过分、片面的偏信于 PET 结果，而应该根据患者的病史、症状、体征及实验室检查进行综合分析，从而减少对鼻咽癌的误诊。

参考文献：

[1] 吴湖炳,王全师,王明芳,等. 鼻咽癌 PET-CT 影像表现及临床价值[J]. 中华核医学杂志,2005, 25 (6): 347-349.

[2] 陈翼,彭艳梅,王光琳,等. PET/CT 在早期鼻咽癌与鼻咽炎性肿块鉴别诊断中的价值[J]. 医学影像学杂志,2009, 19(9): 1100-1102.

[3] 罗耀武,唐安戊,徐魏平,等. ¹⁸F-FDG PET 显像诊断原发性鼻咽癌的价值[J]. 中华核医学杂志, 2003(05), 271-272.

[4] 杨星,任庆余,张林. ¹⁸F-脱氧葡萄糖 PET 对非恶性肿瘤摄取的分析与识别[J]. 临床误诊误治,2010, 23(6): 567-569.

(修回日期:2011-03-20)